



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 МЕСЯЦА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		КЕМ ДОСТАВЛЕН:		ДАТА РОЖДЕНИЯ																																																																								
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА																																																																										
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:																																																																								
	ДА НЕТ		ДА НЕТ																																																																										
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо спит. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо ест и растет. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Легко понять, что хочет мой ребенок. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У меня не бывает частых периодов грусти.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок тянется за предметами и может держать их. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок переворачивается или пытается перевернуться с животика на спину. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок видит и слышит. Косоглазия нет.																																																																										
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE		HEAD CIR. PERCENTILE																																																																									
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history																																																																													
<p>Screening:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Hearing</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>N</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>Vision</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>Development: Circle area of concern</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Adaptive/Cognitive</td> <td>Language/Communication</td> </tr> <tr> <td>Gross Motor</td> <td>Social/Emotional</td> </tr> <tr> <td>Behavior</td> <td>Fine Motor</td> </tr> </table> <p>Physical:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>General appearance</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>N</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>Skin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chest</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Head/Fontanelle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lungs</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eyes (Cover/Uncover)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cardiovascular/Pulses</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ears</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Genitalia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oropharynx</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Spine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neck</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Extremities/ Hips</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nodes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Neurologic</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Describe abnormal findings and comments:</p> <hr/> <hr/> <hr/>								Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	A	Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Gross Motor	Social/Emotional	Behavior	Fine Motor	General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	A	Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyes (Cover/Uncover)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities/ Hips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	A																																																																									
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
Adaptive/Cognitive	Language/Communication																																																																												
Gross Motor	Social/Emotional																																																																												
Behavior	Fine Motor																																																																												
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	A																																																																									
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Eyes (Cover/Uncover)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities/ Hips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
NEXT VISIT: 6 MONTHS OF AGE				HEALTH PROVIDER NAME																																																																									
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER ADDRESS																																																																									

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (4 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Use clinical judgment.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes No

- Holds head up to 90 degrees.
- Laughs.
- Follows past mid line.
- No persistent fist clenching.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control or Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 МЕСЯЦА

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 МЕСЯЦА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ
(ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)

ИМЯ РЕБЕНКА	КЕМ ДОСТАВЛЕН:	ДАТА РОЖДЕНИЯ																
АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА																
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:																
<table border="0"> <tr> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок хорошо спит.</td> <td>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок тянутся за предметами и может держать их.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок хорошо ест и растет.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок переворачивается или пытается перевернуться с животика на спину.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Легко понять, что хочет мой ребенок.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок видит и слышит. Косоглазия нет.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>У меня не бывает частых периодов грусти.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо спит.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок тянутся за предметами и может держать их.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо ест и растет.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Мой ребенок переворачивается или пытается перевернуться с животика на спину.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Легко понять, что хочет мой ребенок.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Мой ребенок видит и слышит. Косоглазия нет.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	У меня не бывает частых периодов грусти.		
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо спит.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок тянутся за предметами и может держать их.															
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо ест и растет.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Мой ребенок переворачивается или пытается перевернуться с животика на спину.															
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Легко понять, что хочет мой ребенок.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Мой ребенок видит и слышит. Косоглазия нет.															
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	У меня не бывает частых периодов грусти.																	
ВЕС, КГ/УНИЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЫ)																
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней																		
Обследования: Норм. Отклон.																		
Слух	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Зрение	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Развитие: Обведите области, вызывающие у вас опасение																		
Адаптационно-познавательное	Язык/общение	Тонкая моторика																
Грубая моторика	Социальное/эмоциональное развитие																	
Поведение	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Физическое состояние: Норм. Отклон.																		
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Кожа	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Голова/родничок	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Глаза (закрывание/открывание)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Уши	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Нос	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Ротовая полость	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Шея	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Узлы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания:																		
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ																		
ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ																		
АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ																		

Здоровье вашего малыша в возрасте 4 месяцев

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 4 до 6 месяцев.

Ровно держит головку, лежа на животике.
Кричит, смеется и улыбается.

Переворачивается с животика на спину.
Держит в руке погремушку и пытается взять ее в рот.

Пытается перекладывать игрушки из одной руки в другую.

Узнает голос и лицо родителей.

Учится сидеть вертикально, вначале с вашей помощью.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Помощь в поиске ухода за детьми: Сеть ресурсов и направлений по уходу за детьми штата Вашингтон (Washington State Child Care Resource and Referral Network): 1-800-446-1114.

Информация о здоровье и развитии детей: Веб-сайт «CHILD Profile» по адресу www.childprofile.org.

Рассылка материалов «CHILD Profile» для родителей: Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY); попросите, чтобы вас внесли в список подписчиков, если вы еще не получаете материалы.

Воспитание детей и поддержка: Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

Советы по сохранению здоровья

Регулярные медицинские осмотры – прекрасная возможность спросить у врача или медсестры о здоровье и развитии своего ребенка. Составьте список вопросов, прежде чем идти на медосмотр. Берите с собой на осмотр карту прививок ребенка.

Вашему ребенку могут быть сделаны прививки, даже если он слегка простужен, у него диарея или вы даете ему антибиотики. Прививки не могут обострить эти болезни.

В этом возрасте ваш ребенок получает все необходимые ему питательные вещества вместе с грудным молоком или детскими молочными смесями, которые вы ему даете. Если вы кормите ребенка грудью, попытайтесь продолжать это хотя бы в течение первого года. Не спешите давать ребенку каши или другую твердую пищу, пока ему не исполнится 5-6 месяцев.

Проверяйте зрение и слух ребенка. Понаблюдайте за ним, чтобы определить, двигаются ли его глаза, когда он смотрит на движущиеся объекты. Обратите внимание, оборачивается ли он на громкие или неожиданные звуки.

Продолжайте укладывать ребенка спать на спину. В течение первого года не используйте мягкое постельное белье, а также убирайте из детской кроватки плюшевые игрушки. Убедитесь, что остальные, кто ухаживает за ребенком, делают то же самое.

Советы по воспитанию детей

Пойте, говорите и играйте с ребенком каждый день. Смотрите на ребенка и повторяйте звуки, которые он произносит.

Положите ребенка на животик, чтобы он смог играть на полу. Кладите игрушки рядом с ним, чтобы он мог до них дотянуться.

Если вас что-либо беспокоит в отношении развития ребенка, проконсультируйтесь у врача или медсестры, либо позвоните в программу «Здоровые мамы – здоровые дети».

Советы, касающиеся безопасности

Всегда придерживайте ребенка одной рукой, когда он на кровати, диване или на пеленальном столике, чтобы он не упал.

При каждой поездке с ребенком используйте детское автомобильное сиденье, усаживая ребенка лицом назад. Пристегивайте ребенка на заднем сиденье.